

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉLIVRANCE
D'UN PERMIS DE L'ORDRE DES ORTHOPHONISTES
ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC**

IDENTIFICATION

NOM :

PRÉNOM :

PRATIQUE : orthophonie audiologie orthophonie-audiologie

**LANGUE
maternelle**

française
anglaise
autre

**LANGUE
parlée**

française
anglaise
autre

**LANGUE
de travail**

française
anglaise
autre

Précisez :

SEXE : masculin féminin

DATE DE NAISSANCE :

année mois jour

ADRESSE DE RÉSIDENCE :

N° Nom [avenue, boul., rue] (précisez) App. Ville Province Pays Code postal

TÉLÉPHONE : (bureau)

(résidence)

TÉLÉCOPIEUR : (bureau)

(résidence)

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PRIVILÉGIÉE POUR VOUS JOINDRE:

CITOYENNETÉ ET ASSURANCE SOCIALE

CITOYENNETÉ :

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :

INFRACTION DE NATURE CRIMINELLE OU DISCIPLINAIRE

- Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ? OUI NON

Si oui, fournir en annexe une copie certifiée conforme de la décision.

- Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec par le comité de discipline d'un ordre professionnel ou d'une décision disciplinaire rendue hors du Québec ?
OUI NON

Si oui, fournir en annexe une copie certifiée conforme de la décision.

Je comprends qu'une fausse déclaration entraîne le rejet de ma demande et qu'une demande acceptée sous de fausses déclarations devient nulle.

Je demande la délivrance d'un permis à l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et j'atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Signature :

Date :

FORMATION

UNIVERSITÉ	PAYS	DIPLÔME	DATE D'OBTENTION
------------	------	---------	------------------

Si le diplôme a été obtenu il y a plus de 5 ans, veuillez fournir les attestations de formation continue.

COLLÈGE	DIPLÔME	DATE D'OBTENTION
---------	---------	------------------

SECONDAIRE	DIPLÔME	DATE D'OBTENTION
------------	---------	------------------

EMPLOYEUR

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE EN ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE S'IL Y A LIEU

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

DATE (DU/À)

POSTE OCCUPÉ

DOMICILE PROFESSIONNEL : Bureau Résidence

Conformément à l'article 60 du Code des professions, votre domicile professionnel correspond au lieu où vous exercez principalement la profession (Bureau). Seuls les membres n'exerçant pas l'orthophonie ou l'audiologie peuvent choisir leur résidence comme domicile professionnel. De plus, il constitue un renseignement public du tableau des membres (art. 46.1 du CdP).

NOTE :

Si vous ne souhaitez pas que les renseignements publics vous concernant contenus au tableau des membres soient utilisés à des fins de prospection commerciale dans le cadre d'une entente établie par l'Ordre pour le bénéfice de ses membres, veuillez nous en informer par écrit.

PERMIS D'EXERCICE (AUTRE PROVINCE OU ÉTAT)

Canada - Province(s) :

États-Unis - État(s) :

Europe - Pays :

Autre - Précisez :

Aucune

ÊTES-VOUS MEMBRE AU QUÉBEC OU À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL OU D'UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE ?

NON

OUI LEQUEL(LAQUELLE) :

NUMÉRO DU PERMIS :

VALIDE DU

AU